

MOD. A1**ASSISTENZA DOMICILIARE - RICOVERO IN ISTITUTO
LIBRETTO INVALIDI****Al Comune di Ladispoli - Servizi alla Persona ed Educativi**
Piazza G.Falcone n.1 - 00055 Ladispoli (RM)

Il/La sottoscritto/a		In qualità di	
Nat _ a	il	Stato civ.	
Residen. in Ladispoli	Via/P.zza	n.	
Codice fiscale	Nazionalità		
Recapiti telefonici	Cell	Tel	
Permesso di soggiorno	SI	NO	Permesso CE per soggiornanti di lungo periodo
			SI
			NO
Titolare Assistenza Domiciliare Sanitaria (CAD)		SI	NO
Indennità di accompagnamento	SI	NO	

CHIEDE: Per se medesimo Per:

Cognome	Nome
Nato/a a	Il C.F.
Residen. in Ladispoli	

le seguenti prestazioni socio assistenziali:

Assistenza Domiciliare	Anziani		Disabili	
Ricovero in Istituto	Anziani		Disabili	
Rilascio libretto farmaci per invalidi 100%				

Allega alla presente i seguenti documenti:

Modulo I. S. E. E.	Documento identità	Certificato di invalidità	Certificato Legge 104/92
Certificato bianco del medico di famiglia per l'assistenza domiciliare (originale)			
ALTRO specificare			

Ladispoli _____**Firma** _____**Informativa concernete il trattamento dei dati personali .**

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.n. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali indicati nel presente modulo saranno trattati, anche da terzi nel caso che il servizio non sia gestito direttamente dal Comune di Ladispoli, nei modi previsti dalla sopra menzionata Legge.

Ladispoli _____**Firma** _____

Il /a sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, in caso di dichiarazione mendace, sarà soggetto a quanto prescritto dall'art. n. 76 del D.P.R. 445/2000. Inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. n. 75 D.P.R. 445/2000.

Ladispoli _____**Firma** _____

